

DE LA
MYORRAPHE ANTÉRIEURE DES RELEVEURS
OU
OPÉRATION DE DELANGLADE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

Louis GLEIZE

Né à Montpellier, le 20 novembre 1896

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur. <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre
—
1920

DE LA
MYORRAPHIE ANTERIEURE DES RELEVEURS
OU
OPÉRATION DE DELANGLADE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 216

DE LA
MYORRAPHIE ANTÉRIEURE DES RELEVEURS

OU

OPÉRATION DE DELANGLADE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

Louis GLEIZE

Né à Montpellier, le 20 novembre 1896

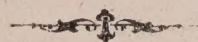
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur. *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRÉS (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (H)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (H).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*), (ch. d'agr.).
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (H).	VALLOIS (*), (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, <i>Président</i>	—	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	—	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AVANT-PROPOS

Nous voici à la fin de nos études, terme qu'on aperçoit lointain et beau quand on est jeune étudiant, et qu'on atteint pas sans une certaine émotion mêlée de quelque regret. Dans quelques jours nous ne serons plus étudiant... Nous sommes brusquement vieillis... Finies ces heures de cours où chaque jour de nouvelles choses nous étaient enseignées. Finies ces longues heures de veille à préparer une question, avec la satisfaction de l'avoir bien comprise et bien retenue. Finies ces fébriles approches d'examen, avec leurs angoisses, la sensation de mémoire vide au moment de parler. Finie la joie d'être reçu, de voir son nom sur la liste qu'on fouillait des yeux, non sans une certaine tachycardie.

Finies ces longues fréquentations de Musées et de Bibliothèques. Finies ces heures d'hôpital où l'on apprenait et voyait tant de choses.

Oui, fini tout cela, et bien fini.

Hier encore, nous étions de jeunes gens, sans d'autre souci que le plus agréable, celui de s'instruire le plus possible. Demain nous serons des hommes et, si nous pourrons encore lire, voir des malades, nous aurons à compter avec le facteur : lutte pour la vie. Comme cela paraît insurmontable ! Enfin nous voilà arrivés à ce moment décisif.

Nous ne voudrions pas clore ces lignes sans exprimer toute notre reconnaissance à ceux qui ont contribué à notre instruction. Ce sont d'abord Monsieur le professeur Louge qui, avec tant de patience et tant de douceur, nous infusait chaque jour un peu de son savoir immense. Puis ce fut le professeur Laget, d'une égale douceur, dont les paroles simples et précises éclairaient en quelques minutes à nos yeux, un diagnostic obscur. Ensuite encore nous passions quelque temps dans le service du professeur Audibert et, d'autre part, nous suivions assidûment ses consultations.

Que d'entretiens nous restent encore présents à l'esprit, où ce maître, à la parole claire, nous ouvrait des horizons nouveaux par ses conceptions hardies et clairvoyantes.

Un jour enfin nous étions mobilisés. Après un court séjour à la caserne, nous eûmes le bonheur de poursuivre dans la vie militaire, notre enseignement médical. Ce fut dans la petite ville de Briançon, perdue dans les Alpes, enfouie sous la neige, que nous vîmes opérer le médecin-major Petit, opérateur brillant; nous le vîmes tous les jours se prodiguant sans cesse auprès des blessés qui arrivaient, auprès des civils. Puis à Lyon, à l'Hôtel-Dieu, nous fîmes un court séjour chez le professeur Vallas. Ensuite chez le docteur Michon. Là se placent les meilleurs souvenirs médicaux de notre vie. Le docteur Michon, remarquable praticien, nous faisait, au lit du malade, des exposés du « cas », que nous écoutions avec une véritable admiration.

Le docteur Lelorrain, chef de service des contagieux à l'Hôpital Desgenettes, nous fit l'honneur de nous confier toutes les autopsies de son service. Il venait lui-même à l'amphithéâtre, et c'est sous sa direction que, patiemment, notre scalpel recherchait la lésion... Que de joies là encore avec ce Maître.

Puis ce fut le front...

Au retour nous allâmes écouter les cliniques du professeur Boinet, dont l'érudition intarissable nous paraissait nouvelle chaque jour. Citerai-je encore le professeur Guérin Valmale qui nous honora de sympathie et dont nous suivîmes avec un aussi grand intérêt les cours et les consultations obstétricales; le professeur Cousin, mon maître à qui je dois tant et qui me donna le goût de l'anatomie, le professeur Alezais, directeur de l'Ecole qui, tant de fois, nous témoigna son affectueuse bienveillance, enfin le professeur Pialle qui nous honora également de sa sympathie vers la fin de nos études et voulut bien nous confier le sujet de ce modeste travail.

A Monsieur le professeur Forgue qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, j'adresse ici l'expression de ma gratitude, ainsi qu'à mon jury de thèse.

Qu'il nous soit permis maintenant de remercier, de tout cœur, ces maîtres aimés et admirés. A vous tous merci, et soyez assurés de notre sincère reconnaissance, de notre affectueux respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

MYORRAPHIE ANTÉRIEURE DES RELEVEURS

OU

OPÉRATION DE DELANGLADE

INTRODUCTION

S'il est une question de gynécologie qui ait donné lieu à de nombreuses recherches, mettant à contribution la sagacité et l'habileté scientifique des médecins, c'est bien le traitement des prolapsus génitaux.

Sans parler des pessaires, hystérophores qui sont des moyens de nécessité souvent justifiés par un cas particulier, les traitements opératoires ont été s'enrichissant sans cesse de techniques nouvelles. colporraphies, périnéorraphies, raccourcissement des ligaments ronds et même hystérectomies, autant de méthodes préconisées par les auteurs et dont la multiplicité tendrait à prouver que le problème n'est peut-être pas résolu d'une façon définitive.

Il est vrai que sous le terme général de prolapsus génitaux, on comprend toutes les variétés d'*abaissement* des organes génitaux, ce qui tend à justifier cette abondance de moyens thérapeutiques. Les opérateurs ont donc souvent à faire à des cas d'espèce que l'on peut, pour simpli-

fier, réduire à trois principaux: colpocèle antérieure ou cystocèle, colpocèle postérieure ou rectocèle, prolapsus utérin proprement dit.

Parmi les procédés opératoires qui chercheront à combattre la première de ces variétés, la cystocèle, compliquée ou non de prolapsus de l'utérus même, d'effondrement ou non du périnée, il en est un qui a été remis en honneur ces derniers temps et qui a été employé pour la première fois par le regretté professeur Delanglade, de Marseille, c'est la *myorraphie antérieure des releveurs de l'anus*.

C'est parce que beaucoup d'auteurs, qui se sont occupés de cette technique, semblent méconnaître les travaux du professeur marseillais sur ce sujet, que nous voudrions tenter une mise au point de l'état actuel de cette question, ce qui nous permettra en même temps de rendre hommage à la mémoire de notre savant concitoyen.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Avant de faire l'historique de ce procédé opératoire, il nous sera permis de rappeler en quelques lignes l'importance des *releveurs de l'anus*.

« Si, dit Farabeuf, sur un sujet dont on a ouvert et vidé l'abdomen, l'on décolle le péritoine pelvien d'un côté pour le rejeter du côté opposé avec ce qui reste des viscères, l'on constate que le fond de la cavité est fermé par un feuillet musculaire, descendu de la paroi latérale de l'excavation vers la ligne médiane, où se rend le feuillet homologue de l'autre côté. »

On devine que leur ensemble constitue un infundibulum, un entonnoir qui soutient dans sa cavité tous les organes pelviens.

Cette paroi musculaire, revêtue sur ses deux faces, supérieure et inférieure, d'une aponévrose, ce plan musculo-aponévrotique est le premier étage de l'ensemble des parties molles qui ferment le bassin à sa partie inférieure et constituent le « périnée » proprement dit.

Cette première terrasse, à laquelle on se plaît de donner le nom de « plancher pelvien », est constituée elle-même par quatre muscles (deux de chaque côté) et on les décrit avec raison séparément sous le nom de :

- a) Ischio-coccygiens.
- b) Releveurs de l'anus.

a) Les premiers, les *ischio-coccygiens*, seraient mieux dénommés « *spino-coccygiens* ». Toujours peu développés et même atrophiés chez l'homme, tandis qu'ils forment les muscles de la queue chez les animaux, ils vont de la face interne et des deux bords de l'épine sciatique au coccyx.

Fibreux plus que musculaires dans leur constitution, ils n'ont aucune fonction active; ils remplissent seulement leur rôle de paroi contractile.

b) Les *releveurs de l'anus*, également au nombre de deux, un de chaque côté, forment la partie la plus importante de cette sangle pelvienne à concavité supérieure. Ils naissent de la face postérieure du pubis, corps et branche descendante, de l'épine sciatique, et de l'un à l'autre de ces deux points extrêmes, d'une longue arcade fibreuse, *arcus tendineus*, qui n'est autre qu'un épaissement de l'aponévrose de l'obturateur interne. De cette longue insertion curviligne, les faisceaux de chaque releveur descendent obliquement en dedans, en bas et en arrière, et viennent s'insérer sur le raphé ano-coccygien et la pointe du coccyx, contournant les parties latérales et postérieures du rectum, les unes sans s'y insérer, les autres se confondant avec le sphincter externe.

Si les fibres de l'ischio-coccygien allaient presque horizontalement de l'épine au bord du coccyx celles du releveur se dirigent d'une manière générale en bas et en arrière, mais, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'épine sciatique, pour se rapprocher du pubis, on voit ces fibres devenir de plus en plus antéro-postérieures. Ce sont ces faisceaux publiens qui sont les plus importants et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Les bords internes des releveurs ne sont pas au contact l'un de l'autre dans toute leur étendue. Ils laissent dans leur ligne médiane des intervalles pour livrer passage aux

viscères pelviens, et le professeur Farabeuf, qui avait toujours la comparaison aussi juste qu'imaginée, disait volontiers que ce plancher était plutôt une « planche à bouteilles » laissant passer les goulots (col vésical, partie basse du vagin, anus), retenant les parties renflées (corps de la vessie, partie haute du vagin, ampoule rectale).

Après cet aperçu anatomique du plancher pelvien, fond d'entonnoir, constitué surtout par les releveurs, qui, remarquons-le, pourront se trouver plus ou moins robustes, plutôt pâles et atrophiés chez les personnes âgées, voyons maintenant quel rôle les anatomistes reconnaissent à tous ces faisceaux musculaires.

Les conditions statiques commandées par l'attitude verticale, font d'abord remplir aux releveurs, continués par les ischio-coccygiens, le rôle de fermer la portion inférieure du bassin, de constituer une sorte de diaphragme inférieur à concavité supérieure, en opposition avec le diaphragme supérieur à concavité inférieure.

C'est par la direction de leurs fibres, que nous aurons ensuite l'explication de leurs autres fonctions. Puisque la plupart d'entre elles se dirigent obliquement en bas et en dedans, les unes pour atteindre le coccyx mobile et le long raphé médian coccy-anal, plus mobile encore, leur contraction aura pour effet de diminuer le diamètre antéro-postérieur, soutenir les organes pelviens, ramener le rectum en avant, et par certaines fibres même ouvrir l'orifice anal.

Remarquons, en outre, que ce plan musculaire, qui assure la solidité du plancher pelvien, est constitué, même chez les femmes les plus vigoureuses, par un tissu susceptible de se dilater sans se déchirer dans les divers temps de l'accouchement, et Varnier, dans sa thèse, a montré leur influence prépondérante à la fin du travail.

Enfin, comme dernière fonction physiologique, l'arabeuf pense qu'à l'action insuffisante des bulbo-caverneux (constricteur de la vulve), vient s'ajouter la force des faisceaux pubiens du releveur, faisant inscrire au dynamomètre une pression de 12 à 15 kilos. « Les deux muscles bulbo-caverneux, dit-il, forment ce qu'on appelle le sphincter ou constricteur de la vulve; mais ce faible constricteur serait bien insuffisant pour faire ressentir au phallus les étreintes voluptueuses intermittentes qui témoignent des sensations de la femme et précipitent l'éjaculation de l'homme, sans le concours des puissants faisceaux pubiens du releveur ».

Cette action des releveurs a été également mise en évidence par les expériences de Goubaroff, Budin, Dickenson qui se sont occupés chacun de la question. Il résulte de ces essais que des corps de cire, cylindriques, introduits dans le vagin, portaient une empreinte très nette dans la partie correspondant au milieu du vagin. C'est dire que l'action des parties musculaires en contraction se manifestait à quelques centimètres de l'entrée du vagin et c'est aussi comprendre les faits curieux de vaginisme supérieur, *penis captivus*, tel que celui rapporté par Hildebrant (*Arch. für Gynakologie*, 1872) où le mari stupéfait eut son gland retenu au fond du vagin pendant un certain temps.

Disons enfin, en terminant, que cette contraction du releveur, peut, dans les derniers temps du travail, opposer une certaine difficulté, être une cause de dystocie.

II

Parmi les nombreux procédés qui ont été tentés avec plus ou moins de succès pour le traitement des prolapsus génitaux et qui sont l'honneur de la chirurgie moderne, il

était naturel de penser que la *suture des releveurs* serait parmi les moyens préconisés.

C'est à la suture des *faisceaux postérieurs* qu'on s'est d'abord adressé.

Quoique cette *myorraphie postérieure* soit hors de notre sujet, nous rappellerons seulement qu'elle fut tentée par Goubaroff, Ziegenspeck, perfectionnée ensuite par Gérard-Marchant, Delbet, Hartman, etc.

Duval et Proust donnaient, dans la *Presse médicale* du 22 novembre 1902, une remarquable description de la suture des muscles releveurs de l'anus au cours de la périnéorraphie. Mais l'idée maîtresse de Lemarchand, aussi bien que de Delbet, Duval et Proust était : consolidation du plancher pelvien dans le prolapsus rectal comme dans le prolapsus génital par la suture des releveurs — mais suture des releveurs en arrière, ajouterons-nous, opération certes utile, mais combien moins efficace pour les prolapsus génitaux à leur début le plus fréquent, nous voulons parler des cystocèles que l'opération de Delanglade allait bientôt proposer. Nous voulons parler de la myorraphie des faisceaux antérieurs des releveurs, ou myorraphie antérieure.

Les chirurgiens, au courant des travaux du professeur marseillais n'ont pas dû être peu surpris lorsque ils ont vu par diverses communications de Salva, Mercadé, de Paris, cette méthode donnée comme nouvelle. Pour ne prendre qu'une publication de cet auteur sur ce sujet, la *Presse médicale* du 11 novembre 1918, donne un article, superbement illustré du reste, avec ce titre : « *Cure radicale des prolapsus génitaux de la femme par un nouveau procédé de colpopérinéorraphie, par Salva Mercadé.* »

L'auteur parisien insiste dans ses communications sur la fréquence de la cystocèle, ou plutôt sur ce qu'il regarde

comme le premier temps du prolapsus « le déroulement de la paroi antérieure du vagin entraînant la vessie adhérente (cystocèle) ».

Les traités de chirurgie classiques ne manquent pas d'insister, en effet, sur cette pathogénie des prolapsus, et sont d'accord pour admettre que dans beaucoup de cas, sinon dans tous, la cystocèle est la première étape de la « descente de matrice ».

Cette fréquence, relative de la cystocèle, le docteur Delanglade l'avait également présente à l'esprit, quand, sur le point de tenter la myorraphie antérieure, il disait de la myorraphie postérieure : « La seule objection qu'on puisse lui faire est de ne restaurer qu'indirectement la région antérieure, celle où le déplacement est presque toujours *primitif et prédominant*. Certes la cystocèle bénéficie du rapprochement des releveurs en arrière, mais combien cette action serait plus forte si la réfection était opérée en avant, immédiatement au-dessous de la vessie, entre elle et la paroi vaginale, si l'on reconstituait là, en place du plancher éculé, une lame musculaire ininterrompue. »

C'est en 1901 que Delanglade eut la pensée de pratiquer ce genre d'intervention.

Ses deux premières opérations de cette nature datent du 16 novembre et 30 novembre 1901.

Comme publications y ayant trait, rappelons : 1901, Comité médical des Bouches-du-Rhône, 7 février 1901 ; 1902, Société de chirurgie de Paris, séance du 3 décembre 1902.

Si nous prenons le *Marseille médical* de 1903, nous y trouverons tout au long la reproduction de l'admirable leçon que le maître marseillais avait faite dans le service de M. le professeur Queirel, le 16 novembre 1901.

« Prolapsus de l'utérus, son traitement par la réfection

du diaphragme musculaire pelvien », tel était le titre de cette leçon dont nous allons donner un résumé.

Après présentation de la malade, âgée de 46 ans, entrée à l'hôpital pour « descente de matrice », le professeur Delanglade montre que la tumeur étant réduite, l'index, introduit dans le vagin, et suivant la paroi latérale, perçoit très sensiblement la bride formée par les releveurs, bride qui s'accroît lorsque le doigt vaginal restant en place, on prie la malade de pousser.

Poursuivant son examen, il fait constater aux élèves la vérification de la parole de Cruveilhier: « C'est toujours par la paroi antérieure du vagin que commence le déplacement. »

Quoique la descente de la paroi antérieure ne soit pas toujours la première étape du prolapsus, il lui semblait bien que dans son cas il en était ainsi et il se trouvait amené à traiter le problème suivant: « C'est le cystocèle que nous devons avant tout traiter. Quels moyens avons-nous pour cela? »

Sera-ce par une colporraphie antérieure, c'est-à-dire par une résection d'une portion plus ou moins étendue de la paroi antérieure du vagin, qui aura pour résultat de rétrécir la paroi et d'effacer la saillie de la vessie? Pour une éviscération, le chirurgien se contente-t-il de suturer la peau?

Ce sera certainement insuffisant, et les auteurs sont unanimement d'avis d'y ajouter une colpo-périnéorraphie postérieure.

Les deux opérations réunies permettent d'escompter un rétablissement du périnée tel que, perdant de sa flaccidité il pourra, comme l'a dit Bouilly au Congrès de chirurgie de 1896, « remplir utilement son rôle de plancher, et avoir

une résistance et une tonicité telles que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle. »

Pourtant le chirurgien marseillais n'est pas convaincu de l'efficacité de la méthode: « C'est, en quelque sorte, dit-il, un pelote naturelle que l'on applique sur une hernie réduite, mais pour laquelle on n'a pas fait une solide réfection de la paroi. » C'est si vrai que l'on continue à chercher par des opérations complémentaires (exérèse ou suspension) une technique définitive.

C'est alors que son attention est attirée sur le rôle primordial des releveurs dans la solidité du plancher pelvien, il étudie l'opération de Goubaroff (de Dorpat) dont nous avons parlé plus haut, mais il pense intervenir plus efficacement en suturant plus particulièrement les bords antérieurs de ces releveurs, ce qui constituera la *myorraphie antérieure*.

Ici, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire l'observation de la malade qui fut opérée à la fin de cette magistrale leçon.

OBSERVATION DE DELANGLADE

Malade âgée de 46 ans; entre à l'hôpital pour descente de matrice.

Antécédent héréditaires. — Le grand'père a eu une hernie. (Trélat et Hart ont montré que prolapsus et hernies sont faits analogues.)

Antécédents personnels. — Six grossesses, accouchements plutôt rapides, mais sans déchirure du périnée. Suites de couches simples, sans infection.

A la suite du dernier accouchement, remontant à deux ans, ressentit une pesanteur au niveau de la vulve.

Une première opération fut faite six mois après, sans qu'on sache en quoi elle a consisté. Il y eut récédive quinze jours après. Découragée par cet échec, la malade ne suit plus aucun traitement, mais comme la tumeur augmente sans cesse, qu'elle est gênée pour marcher, qu'elle a des souffrances ou plutôt des cuissons, et surtout qu'elle urine mal, goutte à goutte, au prix d'efforts intenses, surtout à la fin de la journée, elle se décide à rentrer à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Queirel.

En outre, cette femme, obsédée par son infirmité, commençait à présenter des troubles neurasthéniques, comme cela a été souvent signalé.

A l'examen, tumeur du volume du poing, sortant de la vulve, portant à son extrémité postéro-inférieure, un orifice transversal bordé d'une ulcération de la surface d'une pièce de deux francs, l'orifice externe du col. Pas de rétention d'urine.

L'hystéromètre accuse 13 centimètres. Rainure pas complète, pas circulaire, manque sur la paroi antérieure.

La tumeur étant réduite, si l'on prie la malade de pousser, on voit se reproduire en quelque sorte en abrégé, les étapes successives suivies par sa formation, paroi antérieure la première.

L'intervention fut faite à la clinique le 16 novembre 1901, immédiatement après la conférence, et voici quelle en fut la technique :

Technique de Délanglade

« Incision transversale de la paroi antérieure du vagin à un travers de doigt en arrière du méat, sur toute la largeur de cette paroi et dans toute son épaisseur.

» Décollement très large de la vessie et du vagin. Dans

l'angle dièdre formé par leur séparation, en un point correspondant à la bandelette, on reconnaît avec la plus grande netteté les releveurs coccy-périnéaux sensiblement plus épais que je ne me les figurais. Malgré leur écartement considérable, ils peuvent être chargés sur une aiguille à pédale à très grande courbure et rapprochés par six fils, deux soies et quatre catguts, au point de venir au contact l'un de l'autre. La chose ne va pas sans quelques anicroches. En certains points, le muscle se dilacère sous la traction du fil dans le sens de sa longueur, c'est-à-dire dans le sens antéro-postérieur, et il faut le reprendre plus en dehors.

» En d'autres points, par le même mécanisme, deux fils glissent l'un vers l'autre et se superposent. On arrive néanmoins à mettre les deux muscles en contact sur une étendue antéro-postérieure de trois travers de doigt environ, et l'on constate aussitôt la présence sous la vessie d'un plan très résistant. La paroi antérieure du vagin dont aucune parcelle n'a été sacrifiée est ensuite suturée dans les sens de l'incision, c'est-à-dire transversalement. Je ne fais pas dans la même séance, comme j'en avais le projet, la colpopérinéorraphie pour ne pas exercer avec les valves des tractions qui pourraient être fâcheuses sur les fils des releveurs. Ce complément, qui n'est dicté que par la prudence, est fait trois semaines plus tard.

» Les suites normales pour la première intervention, mais pour la seconde quelques fils ont lâché au niveau du périnée. »

Cette première opérée de Delanglade resta guérie pendant près de trois ans et demi environ, c'est-à-dire jusqu'en mars 1905 où il put constater une récurrence remontant à quelques mois, ainsi qu'il nous l'apprend plus tard dans son *rapport sur les prolapsus génitaux*, dont il avait été

chargé, pour le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie (Alger 1-6 avril 1907).

A cette occasion, il put faire connaître que c'était le seul cas de récédive qu'il avait constaté au cours des myorraphies faites par lui « ce qui montre, disait-il, qu'il faut être prudent dans l'affirmation des résultats définitifs ».

Avant de continuer ce que nous pourrions appeler l'historique de la myorraphie antérieure, remarquons que dans les antécédents de la malade de Delanglade, nous ne relevons pas de déchirure du périnée.

Ceci est un point important du chapitre étiologique des prolapsus utérins. Pour les uns, la déchirure du périnée est capitale; pour d'autres, elle n'est pas nécessaire pour le développement d'un prolapsus. L'opinion généralement admise est qu'il n'y a pas corrélation entre la fréquence des déchirures et celle des prolapsus. Nous en trouvons le reflet dans les publications de Mercadé:

« L'importance des déchirures du périnée a été très exagérée. En effet, nous connaissons tous des femmes et je dois dire que c'est la majorité, qui présentent un prolapsus sans la moindre déchirure périnéale, et inversement combien ne connaissons-nous pas de femmes ayant eu le périnée déchiré qui n'ont jamais eu la moindre tendance au prolapsus. »

Mais, pour en revenir à un auteur qui nous est cher, est-ce que Delanglade ne disait pas quelque chose de semblable dans son rapport cité plus haut?

Nous lisons en effet:

« Dans tous ces cas, les déchirures du périnée ont été extrêmement incriminées... Cependant, je crois que c'est une lésion secondaire... Dans aucun cas des prolapsus complets assez nombreux que j'aie vus, il n'y avait déchirure complète du périnée. Par un hasard non moins singulier,

aucun des cas de déchirure complète que j'aie eu à traiter ne s'accompagnait de prolapsus complet... »

Et ce sera justement à cause de ce peu d'importance pathogénique du périnée « clinique », chose déjà constatée par Delanglade, que les auteurs seront satisfaits, comme lui de la myorraphie antérieure qui donne une réfection du périnée « anatomique », qui est autrement important.

Cette parenthèse étant fermée, disons que la communication que Delanglade avait faite à la Société de chirurgie (3 décembre 1902), relative à cette myorraphie antérieure était passée totalement inaperçue.

Un chirurgien anglais, Groves, trois ans après Delanglade, 1^{er} février 1905, publiait une technique identique, et le 22 mars 1905, paraissait la communication de Chaput : « De la myorraphie antérieure des releveurs de l'an us dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme. »

A la séance du 2 octobre du 19^e Congrès de chirurgie (Paris 1906), le docteur Maurice Cazin donnait une communication sur le « Traitement des prolapsus génitaux ».

Cet auteur s'occupe des prolapsus génitaux constitués par la proéminence du vagin seul (cystocèle et rectocèle), si fréquents à la suite des déchirures du périnée, déterminant des troubles neurasthéniques bien mis en relief par Duplay dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu et disparaissant après réparation du périnée aussi parfaite que possible.

Entrant dans les détails de la technique opératoire, Cazin attache une grande importance à la suture des muscles releveurs de l'an us « pratiquée systématiquement à la fois en avant et en arrière du vagin, suivant la méthode préconisée récemment en Angleterre par M. Groves, et en France par M. Chaput ».

En réalité, Groves avait pratiqué ce genre d'intervention après Delanglade, et Chaput, très satisfait des résul-

tats qu'elle donnait, s'en déclarait un chaud partisan en lui donnant le nom d'opération de Groves, ce qui obligea le docteur Delanglade à faire une communication à la Société de chirurgie (5 avril 1905) pour remettre au point, comme il disait, cette infiniment petite question de priorité « nouvel exemple entre mille de l'inconvénient qu'il y a à désigner les interventions par des noms propres plutôt que par leur caractère ».

Quoi qu'il en soit, et pour revenir à Maurice Cazin, cet auteur accordant sa préférence, dans la suture des releveurs, au tendon de renne, plus lentement résorbable que le catgut (fibres tendineuses élastiques au lieu de fibres musculaires lisses, comme le catgut, offrant un médiocre milieu nutritif aux microbes).

La fin de la communication de Cazin donnait une statistique de trente malades opérées, dont dix-huit pour cystocèle et rectocèle avec bons résultats.

A la suite de ces diverses communications, M. le professeur Soubeyran de Montpellier, tente lui aussi cette nouvelle opération en 1905, et sous son inspiration, Mme Beis, en 1906, soutient sa thèse de doctorat sur la « *Myorraphie antérieure des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme* ».

Mme Beis, après avoir donné la technique de Chaput et de Delanglade, dont elle n'ignore pas les publications, nous décrit le procédé employé par M. Soubeyran: colpo-périnéorraphie avec suture des releveurs en arrière, puis myorraphie antérieure.

Nous donnons plus loin l'observation très intéressante de l'opérée de Soubeyran, et disons à ce propos que Mme Beis, aidée de M. Rouvière, chef des travaux anatomiques, reprirent cette opération sur le cadavre et purent constater en ouvrant le ventre que c'étaient bien les releveurs qui avaient été pris dans les sutures.

OBSERVATION DU PROFESSEUR SOUBEYRAN

M..., âgée de 28 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, le 1^{er} septembre 1905 (suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran) pour un prolapsus utérin.

La malade a toujours été bien réglée. Elle a eu une grossesse, il y a trois ans, pour laquelle on a dû faire une symphyséotomie. Les suites furent simples, mais un an après apparut un prolapsus utérin, et depuis cinq mois environ, la matrice est complètement sortie de la vulve.

Les autres antécédents ne contiennent aucun fait digne d'être noté.

La malade ressent de la pesanteur périnéale; elle marche à peine et urine mal.

A l'examen on constate que les pubis, peut-être un peu écartés, sont parfaitement soudés. L'utérus sort en entier par la vulve, retournant le vagin. Il n'est pas augmenté de volume ni enflammé.

Le périnée est faible, ses muscles ont dû être le siège d'une déchirure lors de l'accouchement.

Le 5 septembre, la malade est endormie avec un mélange d'éther et de chloroforme et opérée:

1^o Dans un premier temps on exécute une colpopérinéorraphie suivant la technique classique de Doléris (mais en poussant assez loin le dédoublement pour suturer les releveurs suivant la technique de Delbet);

2^o Puis on passe à la myorraphie antérieure en incisant transversalement le vagin (paroi antérieure) à trois centimètres au-dessus du méat, en dédoublant la cloison uréthro-vaginal, puis en allant à la recherche des releveurs, mais ces derniers, quoiqu'assez aisément perçus, sont écar-

tés l'un de l'autre (trois bons travers de doigt). Trois catguts assez gros les réunissent avec une tension assez forte et l'on sent avec le doigt un plan résistant au-dessous de la vessie; par dessus, le vagin est recousu dans le sens de l'incision. Tamponnement vaginal, sonde à demeure, opium.

Les suites opératoires furent bonnes; pas d'infection.

Au sixième jour, la malade va à la selle; le pansement est changé; la suture profonde tient bien. Au neuvième jour, les fils périnéaux sont enlevés.

A la fin du mois, la malade sort; la vulve et le périnée sont en bon état, mais l'utérus est redescendu, il est appliqué à la face profonde de la vulve; la myorraphie antérieure n'a pas tenu.

La cause de cet échec réside dans l'écartement et l'affaiblissement des releveurs (femme ayant subi la symphyséotomie) et dans la tension en avant de l'utérus.

La *myorraphie antérieure des releveurs*, telle que l'avaient décrite Delanglade, Groves, Chaput, devint peu à peu une opération très connue.

Nous avons vu le travail que le professeur Soubeyran fit faire à son élève, Mme Beis. Depuis, la plupart des auteurs mentionnent cette méthode dans leurs ouvrages.

C'est ainsi que le Précis de pathologie externe de Forge, après étude très claire des prolapsus avec dessins semi-schématiques, ne manque pas d'indiquer parmi les méthodes de traitement la « myorraphie des deux faisceaux antérieurs du releveur de l'anus ».

Hartman, dans sa gynécologie opératoire, en même temps qu'il rend hommage au professeur Delanglade, parle en termes élogieux de cette technique opératoire de suture des releveurs antérieurs.

Si nous ouvrons le *Précis de Gynécologie* de Boursier, nous pourrions y lire :

« Certains chirurgiens ont ajouté à la colporrhaphie antérieure la suture de la partie antérieure des releveurs de l'anus qui semble donner à la vessie un point d'appui plus solide que la suture vaginale simple. C'est Delanglade (de Marseille), qui, le premier, a communiqué à la Société de chirurgie en décembre 1902, deux opérations de ce genre suivies de succès. Cette myorrhaphie antérieure des releveurs fut réinventée en Angleterre par Groves le 1^{er} février 1905 et Chiaput vient à son tour en apporter de nouveaux cas à la Société de chirurgie le 29 mars 1905...

» Les quelques succès obtenus n'ont pas empêché dans tous les cas quelques récurrences tardives... »

On ne peut en quelques lignes être plus précis.

Dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie* de 1912, nous trouvons le mémoire d'Abadie, d'Oran : « Du traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. »

Ceci est un perfectionnement de la méthode. L'opération de Delanglade, Groves, Chiaput, ou suture antérieure des releveurs de l'anus réalise-t-elle une réfection réelle du périnée antérieur ? se demande le chirurgien d'Oran.

Pour lui, l'expérience de nombreux cas de suture antérieure des releveurs lui a montré que si bien souvent cette suture est possible et donne des résultats stables même pour les prolapsus complets, souvent aussi cette myorrhaphie est d'un succès douteux parce que releveurs trop faibles ou trop distants pour être rapprochés définitivement. Les fils peuvent ne réunir que des lambeaux musculaires éraillés « même si l'on a soin, ainsi que le propose Sou-

beyran, de charger avec le muscle l'expansion aponévrotique qui double sa face supérieure ».

Suit ensuite la description de sa méthode qui nous écarterait de notre sujet.

Le Traité médico-chirurgical de gynécologie (4^e éd.) de Labadie Lagrave et Legueu dit: « C'est encore pour obtenir une très grande solidité de la cicatrice que Delanglade, de Marseille, a proposé et pratiqué la suture des releveurs entre la vessie et le vagin... »

Dans les Annales de Gynécologie de 1912, Potocki est partisan de cette suture antérieure des releveurs.

Nous n'en finirions pas si nous devions rechercher tous les auteurs modernes qui savent à l'occasion pratiquer cette opération. Disons seulement en terminant qu'elle est parfaitement décrite dans le récent Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, tome XXXIV. Gynécologie, par Forgue et Massabuau.

On peut y lire: La colpoperinéorrhaphie avec suture des releveurs en arrière du vagin, isolée ou en masse, complétée par la colporraphie antérieure et par l'amputation du col: voilà en somme le traitement de choix des prolapsus.

Cette opinion étant émise, ils donnent, pour ceux qui veulent la pratiquer, la description de la myorrhaphie antérieure des releveurs, et si l'idée appartient à Goubaroff, disent-ils, ce sont Delanglade, Groves et Chaput, qui ont réglé la technique de cette suture directe.

Pour Forgue et Massabuau, cette suture antévaginale des releveurs est d'exécution malaisée: « la découverte des muscles dans l'espace vésico-vaginal nécessite parfois un décollement complet de la cloison, les bords musculaires sont quelquefois tellement grêles qu'ils demeurent introuvables ou ne comportent qu'un affrontement sans solidité,

les fils coupant leur prise. Techniquement, c'est une proposition opératoire intéressante; pratiquement, sa valeur plastique nous paraît médiocre. »

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce jugement plutôt sévère porté sur cette technique de cure des prolapsus génitaux, mais auparavant, nous devons mentionner parmi les travaux récents le rapport de M. Michaux (Société de chirurgie, 25 mars 1919), sur « Les résultats éloignés de la suture du périnée antérieur dans le procédé de Salva Mercadé pour la cure radicale des prolapsus génitaux de la femme. »

« La plupart des chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour penser que l'organe déficient dans le prolapsus génital, c'est le périnée, et c'est à réparer ce plancher si important que nous apportons généralement nos soins.

» Mais tandis que presque tous cherchent à refaire principalement le plancher périnéal postérieur, M. Mercadé s'adresse au périnée antérieur; pour lui, c'est ce périnée antérieur qui est l'organe déficient, qui livre passage aux viscères prolapsés. Son opération n'a guère été pratiquée avant lui. Seul notre regretté collègue Chaput, en 1915, avait procédé à une suture de la partie antérieure du releveur en même temps que de sa partie postérieure. »

Au cours de cette séance, M. Hartman, dont nous avons parlé à propos de sa « Gynécologie opératoire », et qui est très au courant des travaux de Delanglade, ne manqua de prendre la parole pour rétablir les faits.

« Je désirerai, dit-il, dire deux mots: 1° A propos de l'historique, M. Mercadé, nous a-t-on dit, a eu l'idée de s'adresser pour la cure du prolapsus au périnée antérieur. Chaput, comme l'a dit M. Michaux, avait déjà eu la même idée. *En réalité, cette suture antérieure des releveurs a été conseillée et pratiquée pour la première fois par notre*

regretté collègue Delanglade. Il l'a décrite à cette tribune il y a longtemps; il y est revenu à la suite de la communication de Chaput. Je l'ai mentionné et figurée, d'après ses communications; dans ma « Gynécologie opératoire ». L'intérêt du rapport de notre collègue Michaux réside non dans la nouveauté du procédé, mais dans ce fait qu'il nous apporte des résultats éloignés... »

Nous sommes heureux de rencontrer une personnalité comme celle de M. Hartman, pour rétablir la vérité en quelques mots sur cette question de priorité de myorraphie antérieure.

Nous sommes très heureux également de publier les résultats remarquables obtenus dans les opérations pratiquées par Mercadé et que nous publions d'autant plus volontiers qu'elles sont la consécration de l'opération de Delanglade, car nous n'avons pas à redire que c'est la même technique, les mêmes temps opératoires que le professeur marseillais avait déjà indiqués.

Pour être complet, nous terminerons ce chapitre d'histoire en disant que tout récemment, le 8 juin 1920, M. Richelot, à l'Académie de médecine, donnait un nouveau rapport sur un nouveau travail de M. Salva Mercadé ayant pour titre: Suture totale des muscles releveurs de l'anūs, après hystérectomie vaginale, pour prolapsus génital complet.

Cette fois, M. Mercadé, ayant affaire à un prolapsus compliqué, extirpe l'utérus et pratique une suture totale des releveurs, de la vessie au rectum.

Là encore, M. Mercadé avait été devancé par Delanglade qui a souvent ajouté la myorraphie postérieure à la myorraphie antérieure, de manière à ne faire qu'un plan musculaire ininterrompu (rapport au Congrès de gynécologie, 1907), et les bons résultats obtenus par Mercadé par

l'emploi de cette technique seule ou associée, nous rendront plus facile la tâche qui nous reste à faire, c'est-à-dire l'appréciation de la *valeur thérapeutique* de cette myorraphie antérieure.

VALEUR THERAPEUTIQUE DE L'OPERATION DE DELANGLADE

Nous serons brefs sur la valeur thérapeutique de cette technique. Chemin faisant, au cours de cet historique, on a pu la soupçonner et le regain d'actualité dont elle jouit à l'heure actuelle semble bien confirmer l'excellence de cette méthode.

Nous avons parlé tout à l'heure du Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, et nous avons vu l'opinion de MM. Forgue et Massabuan, auteurs du chapitre de gynécologie de ce traité.

D'aucuns n'admettront pas peut-être sans réserve l'appréciation des auteurs éminents du Traité de chirurgie sur cette question. Certes, parmi les nombreuses opérations proposées pour le prolapsus, aucune ne peut se vanter de résultats durables, mais la multiplicité n'implique pas l'inutilité, et en présence des formes variées de prolapsus, c'est au chirurgien à choisir le procédé qui lui paraît le plus approprié au cas.

Nous estimons que la myorraphie antérieure seule ou associée pourra souvent lui rendre de grands services.

« Si, dit Terrier, on trouve un point d'appui inférieur qui puisse maintenir les parties, le chirurgien devra se trouver satisfait et pourra arrêter là son plan opératoire. »

Or, dans ces cas de cystocèle avec ou sans prolapsus de l'utérus lui-même, dans ces sortes de commencement d'éventration pelvienne, il nous semble que la myorraphie des

faisceaux antérieurs est capable de refaire une paroi abdominale solide, puisqu'en place du plancher éculé, on reconstitue une lamé musculaire ininterrompue.

La suture des faisceaux postérieurs, d'après les observations des gynécologistes, avait donné des résultats appréciables même pour les cystocèles. La suture des faisceaux antérieurs ne pouvait que rendre plus nets ces résultats.

Cette myorrhaphie ne sera pas souvent employée seule, mais, soit associée à une colpopérinéorrhaphie, soit à une myorrhaphie postérieure, soit même à une hystérectomie.

Cette opération présente-t-elle des contre-indications?

Certes lorsqu'on supposera des faisceaux musculaires trop grêles comme chez les femmes âgées, peut-être vaudra-t-il mieux ne pas y avoir recours et ainsi pourra-t-on éviter les critiques du professeur Forgue, qui craint que cette opération ne soit pas trop malaisée. Mais les succès opératoires obtenus par ailleurs nous semblent bien une preuve de l'efficacité de cette méthode.

C'est ainsi que nous terminerons par la relation : 1° De l'observation de M. le professeur Fiolle ; 2° Par les observations de M. Mercadé.

OBSERVATION DU PROFESSEUR FIOILLE .

Prolapsus uterin-cystocèle

Traitement par l'opérat on de Delanglade avec ré-ec tion du col (Schræder)

Mme G..., 28 ans.

Antécédents. — Il y a deux ans, hématomèse qui dura deux jours, non répétée depuis. Plus rien aujourd'hui à l'estomac.

Réglée à 13 ans. Mariée à 19.

Pas d'avortement.

Un seul accouchement, il y a six ans, avec déchirure de la fourchette. Pas de suites.

Etat actuel: Pertes blanches abondantes. Bien réglée.

Il y a dix jours environ, la malade remarque une chute de la paroi vaginale antérieure. Pollakiurie impérieuse (30 fois par jour, sans douleur).

Venue pour ces troubles aigus.

Vue le 12 janvier 1920.

On constate: 1° Effondrement de la paroi vaginale antérieure, qui bombe fortement à la vulve; la vessie fait une forte saillie; 2° Grande ulcération circulaire sur le col utérin qui est très éversé; col à peine à la vulve.

Opération le 13 janvier.

1° Colpopérinéorrhaphie antérieure. (technique Delanglade), faisceaux antérieurs des releveurs, grêles, mais nets;

2° Résection du col (Schroeder).

Sonde de Pezzer-Goménol.

Suites. — Au douzième jour, la muqueuse lâche. Mais les plans profonds tiennent bien.

La malade est revue deux mois et demi après, guérie. La paroi muqueuse qui a lâché, s'est cicatrisée par deuxième intention, donnant une cicatrice très solide. Plus de ptose, plus de troubles urinaires.

OBSERVATIONS DE M. MERCADÉ

Obs. I. — Mme P..., 52 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, le 19 février 1918, pour une cystocèle vaginale datant de sept ans. Le prolapsus, qui augmente progressivement, fut traité par des pessaires, mais depuis trois mois les pessaires ne soutiennent plus rien. En outre,

la malade a des troubles fonctionnels très marqués. Elle urine toutes les demi-heures ou toutes les heures, goutte à goutte. Elle a de grandes difficultés pour aller à la selle et présente des métrorragies abondantes..

La cystocèle a le volume d'une grosse orange; elle ne s'accompagne ni de prolapsus utérin au sens propre du mot, ni de rectocèle.

Dans ses antécédents on trouve trois accouchements normaux: à l'âge de 23, 25 et 27 ans, sans déchirures du périnée. J'opérai cette malade le 1^{er} mars 1918 par le procédé que j'ai décrit. Elle sortait complètement guérie de son prolapsus le 24 mars 1918. Le plancher résistait sous la plus forte pression abdominale.

Obs. II. — Mme C..., 43 ans, entre à l'Hôpital Beaujon, salle Langier, le 4 mars 1918, pour une colpocèle dont elle s'est aperçue il y a 5 ans, à la suite d'un effort. Depuis cette époque, à l'occasion du moindre effort, le prolapsus se reproduisait et la malade le réduisait elle-même.

Fatiguée par les troubles déterminés par cette affection (envies fréquentes d'uriner et pesanteur), la malade nous est adressée.

Elle a eu 3 enfants, à 21, 22 et 23 ans, une fausse couche à 25 ans, mais n'a jamais été déchirée. Du reste son périnée est intact et ce qu'on constate c'est une cystocèle très marquée avec abaissement de l'utérus.

Je l'opérai le 8 mars 1918 par mon procédé de colpopérinéorrhaphie antérieure. La malade nous quittait le 29 mars complètement guérie, avec un périnée résistant à toute poussée abdominale.

Obs. III. — Mme P..., âge de 45 ans, nous est envoyée le 14 mars 1918 à l'Hôpital Beaujon, pour un prolapsus

génital datant de trois ans et demi et s'étant manifesté à la suite d'un accouchement. Le périnée avait été déchiré et suturé immédiatement. Néanmoins quinze jours après, elle s'aperçut que sa matrice descendait. A partir de ce moment elle porta constamment un pessaire.

A l'examen on constate une colpocèle constituée surtout aux dépens de la paroi vaginale antérieure et de la vessie.

Je l'opérai le 20 mars 1918, par mon procédé

La malade quittait l'hôpital le 9 avril 1918 radicalement guérie.

Obs. IV. — Mme B..., âgée de 34 ans, entra à l'Hôpital Beaujon, le 24 juin 1918, pour une volumineuse cystocèle, qui la gênait horriblement.

Cette femme n'avait pas eu de déchirure du périnée et la cystocèle s'était manifestée progressivement.

Je l'opérai le 27 juin 1918. A la suite de l'opération elle présenta de la rétention d'urine qui persista six jours; il fallut la sonder. Elle urina ensuite spontanément et sortit radicalement guérie en juillet 1918.

Obs. V. — Mme V. C..., âgée de 52 ans, portait un hystérophore très volumineux depuis octobre 1917, pour soutenir un prolapsus génital vieux de trois ans.

Son existence étant devenue très pénible, le docteur Michaux nous pria de l'opérer.

Par l'orifice vaginal, sous la poussée abdominale, toute la paroi antérieure du vagin se déroulait, entraînant la vessie et l'utérus. La paroi postérieure descendait peu.

J'opérai cette malade, qui avait eu 3 enfants et une fausse couche, mais sans déchirure du périnée, le 31 juillet 1918.

Elle nous quittait guérie au bout de 20 jours.

Elle est venue nous exprimer toute sa reconnaissance dans les premiers jours d'octobre.

Obs. VI. — Mme M. R..., âgée de 57 ans, entre le 1^{er} août 1918, à l'Hôpital Beaujon, pour un prolapsus génital datant de dix-huit mois. Elle avait eu un enfant et une fausse-couche étant jeune. Elle portait un pessaire depuis plusieurs mois sans aucun bénéfice.

Le prolapsus était constitué par une forte cystocèle et une très légère descente de la paroi postérieure.

Je l'opérai le 8 août 1918.

Elle vint me voir le 3 octobre pour m'annoncer qu'elle avait repris son travail pénible et qu'elle ne ressentait plus le moindre trouble.

De fait, la cure radicale s'était maintenue.

CONCLUSIONS

Le professeur Gosset, dans son admirable leçon d'ouverture du cours de pathologie chirurgicale, nous parlant de la vaste érudition de son maître, Terrier, nous raconte le soin que ce maître avait de la bibliographie exacte. Les auteurs, dit Gosset, ignorent trop ce qui se dit et se fait ailleurs, ou, s'ils en parlent, c'est d'une façon peu précise, sans indiquer la source à laquelle remonter. En cela déjà, Terrier fut un novateur et un grand scrupuleux, et les habitudes qu'il imposa à lui-même et à ses élèves ont été si bien prises, que maintenant la littérature chirurgicale française se fait remarquer par le soin avec lequel elle mentionne les ouvrages étrangers. Elle a même quelquefois dépassé ce qu'on doit aux étrangers en oubliant ses nationaux; c'est une affaire de mesure. »

Et c'est bien ce qui est arrivé à Delanglade dont la méthode nous revint de Londres sous le nom « d'*opération de Groves* » et qui tendrait maintenant à devenir « l'*opération de Mercadé*. »

Mais nous rappelant les paroles du professeur Gosset et soucieux d'une bibliographie exacte, nous demandons que soit conservé le nom d'*opération Delanglade* à la myorraphie des faisceaux antérieurs des releveurs de l'anús dans le traitement des prolapsus génitaux. Ce sera rendre un hommage mérité à ce chirurgien de grande valeur, à cet

homme de bien qui avait, le premier, imaginé cette technique.

Telle sera notre première conclusion.

En deuxième lieu nous croyons être d'accord avec beaucoup de gynécologues, en disant que l'*opération de Delan-
glade* est une intervention capable de refaire un plancher pelvien solide, qu'elle trouve surtout son indication dans les cas de cystocèle qui est, comme le reconnaissent la plupart des chirurgiens, la première étape des prolapsus.

BIBLIOGRAPHIE

- DELANGLADE. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3 déc. 1902.
- *Marseille médical*, 1903.
- Société de chirurgie, 5 oct. 1905.
- Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, Alger, 1-6 avril 1907. *Rapport sur les prolapsus génitaux*.
- *Annales de gynécol. et d'obst.*, Paris 1907.
- GROVES. — Société obst. de Londres, 1^{er} février 1905.
- CHAPUT. — *Société de chirurgie*, 22 mars 1915.
- DELBET. — Soc. de chir., Paris 1902.
- CAZIN (Maurice). — Congrès de chirurgie, Paris 1906, séance d'oct.
- *Paris surgical*, 1919, p. 1-9.
- BEIS (Mme). — *Thèse de doctorat*, Montpellier 1906.
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*.
- ABADIE D'ORAN. — *Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1912.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*.
- BOURSIER. — *Précis de gynécologie*.
- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires.
- BUDIN. — Le releveur de l'anus chez la femme. *Rev. d'obst. et de gynécol.*, mai 1881.
- BATIGNE. — *La Gynécologie*, 1905, 134-145.
- BOUCHUT (P.). — *Thèse de Lyon*, 1913-1914.
- BLAIN BELL (W.). — The surgical treatment of uterine and vaginal prolapse. *The Lancet*, London, 5 juin 1920

- BOHN-ROUBINOVITELS (Mme). — *Thèse de Paris*, 1912.
- CHAPUIS. — *Thèse de Lyon*, 1910.
- DUVAL et PROUST. — *Presse médicale*, 22 nov. 1902.
- JACOB. — *Lyon médical*, 1904, 421-428.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécol. médico-chirurgicale*, Paris 1911.
- IMBERT et PIÉRI. — *Société de chirurgie*, 1905.
- ZUCKERKANDT. — Ueber di fascia perinei propria. *Med. Jahrb-Wien*, 1875.
- CADIAT. — Etude sur les muscles du périnée. *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1877.
- PAULET. — *Journal anat. et phys.*, 1877.
- ROGIE. — Aponévroses du périnée. *S. méd.*, Lille, 1890.
- HARTMAN. — Gynécol. opératoire, Paris 1911.
- JIANU (M.-A.). — Intraabdominale myorrhaphie des musc. levator ani bei uterus vorfatten. *Monat. J. Gibur gynér.*, déc. 1912.
- LAMAND. — *Thèse de Lille*, 1895.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1904, 3^e éd.
- SALVA MERCADÉ. — *Bull. académie médecine*, 20 août 1918. Anayse, in *Annales de gynécol. et d'obst.*, Paris n° 4, 1918.
- *La Presse Médicale*, Paris, 11 nov. 1918.
- *Arch. mens. d'obstét. et de gynéc.*, Paris 1918, VII.
- MICHAUX. — *Société chirurgie*, Paris, 1909, p. 505.
- POOLIOT. — *Soc. obst. et gynéc.*, Paris, avril 1914.
- POTOCKI. — *Annales de gynéc. et obstétr.*, Paris 1912.
- POTHERAT. — *Soc. chir.*, Paris, 1905.
- RICHELÔT. — *Bull. académie de méd.*, 8 juin 1920.
- VIOLET (H.). — *Annales gynéc. et obst.*, Paris 1910.
- VENOT. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1909.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 19 juillet 1920
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 17 juillet 1920.
Le Doyen.
MAIRET.

